

**Ryszard J. Romaniuk**

## **Hazard w Cleveland**

Zdaję sobie sprawę, że podejmuję się pewnego ryzyka pisząc o hazardzie w czasie, gdy w Polsce powstają ustawy starające się unormować tę aktywność. Jest to czas, w którym rzecznicy rozwoju ekonomicznego oraz wolności wyboru człowieka ścierają się z argumentami tych, którzy obliczają koszty społeczne i zdrowotne uzależnienia od hazardu. Wpływy z kasyn porównuje się do ceny, jaki za hazard płaci rodzina osoby uzależnionej (Amerykanie obliczyli, że koszty społeczne są sześciokrotnie większe od wpływów z hazardu). Na dodatek, rozwój internetu i obawy przed jego ograniczaniem zwiększają skalę problemu jaki stoi przed polskim ustawodawstwem. Zastanawiam się, co mógłbym dołożyć do tych dyskusji?

Mieszkając w Cleveland w stanie Ohio mam pewien przywilej obcowania z ludźmi, którzy pamiętają założycieli Anonimowych Alkoholików. Jak wiadomo, miejscem pierwszych spotkań AA jest Akron znajdujące się w bliskim sąsiedztwie Cleveland. Tutaj też szybko przyjęły się spotkania GA (Gamblers Anonymous – Anonimowych Hazardzistów) a pierwszy program leczenia uzależnienia od hazardu powstał w Brecksville, leżącym między Cleveland a Akron. W początkach lat 70-tych członkowie GA skontaktowali się z psychiatrą Robertem Custerem ze szpitala weteranów (VA) w Brecksville. Powiedzieli, że tutejsze VA ma wysoko oceniany program leczniczy uzależnień chemicznych i zaproponowali mu, aby uwzględnił również leczenie uzależnienia od hazardu. Dr. Custer uznał to za ciekawy pomysł i tak właśnie rozpoczęło się leczenie uzależnienia od hazardu. To właśnie dzięki jego staraniom Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów w 1980 roku uznało uzależnienie od hazardu jako jednostkę chorobową. Po Robercie Custerze program w Brecksville VA prowadzony był przez Lori Rugle a obecnie przez Heather Chapman.

Pracując w tym samym VA jako pracownik społeczny i terapeuta uzależnień mam szczególnie komfort pracy ze specjalistami, dla których uzależnienia są bez dyskusji traktowane jako choroba, a codzienna praca narzuca obowiązek szkolenia w dziedzinie najnowszych metod leczniczych dla potrzeb naszych klientów. Szef miejscowych władz do spraw leczenia odwykowego (ADAMHS), William Deniham powtarza, że współwystępowanie problemów zdrowia psychicznego i uzależnień od substancji psychoaktywnych występuje u większości osób uzależnionych od hazardu. Dlatego też moim obowiązkiem jako terapeuty jest ciągle doksztalcanie się w rozpoznawaniu i leczeniu uzależnienia od hazardu. Doksztalcanie takie jest ostatnio możliwe, ponieważ mieszkańcy Cleveland w powszechnym głosowaniu zgodzili się na otwarcie kasyn w naszym mieście. Przewidując wzrost problemów z hazardem, ADAMHS zorganizował cykl wykładów na temat leczenia problemów z hazardem a Heather Chapman z VA jest jedną ze współauterek programu szkoleniowego.

W artykule tym przedstawię poglądy specjalistów w dziedzinie leczenia uzależnienia od hazardu: Louisa Weigele, znanego z łam TUW dzięki wywiadowi redaktora Ireneusza Kaczmarczyka oraz Anity

Pindur, która jest terapeutką w prywatnym ośrodku w Chicago i mówi po polsku. Louis Weigele był członkiem Rady Krajowej i Stanowej do spraw problemów hazardu a obecnie prowadzi wykłady dla Case Western Reserve University. W swoich wykładach przedstawia najnowsze teorie rozwoju uzależnienia od hazardu w tym takie jak teoria różnych szlaków (Pathways Theory) oraz teoria konsumpcji (Consumption Theory). Przekażę również pewne dane o uzależnieniu od hazardu jakie zdobyłem na szkoleniu, które ADAMHS przygotował dla terapeutów uzależnień.

Hazard jest grą szansy. Chociaż wielu hazardzistów nie chce w to wierzyć, hazard nie jest grą, w której liczy się umiejętność wygrywania, jak na przykład w sporcie. Można wyliczyć dziesięć czynników charakteryzujących uzależnienie od hazardu. Są to: obsesyjne myślenie o hazardzie, wzrost tolerancji (potrzeba zwiększenia stawki), zespół abstynencyjny (objawy „głodu” hazardu), ucieczka od problemów w hazard, odgrywanie się, kłamstwa, utrata kontroli uczestnictwa w grze, zachowania nielegalne (zastawianie wartości materialnych, których się nie jest właścicielem), problemy z najbliższymi i wykorzystywanie innych do „wykupienia”. Obecność co najmniej pięciu objawów upoważnia do rozpoznania patologicznego hazardu. Hazardziści, którzy mają mniejszą liczbę objawów ale doświadczają już negatywnych konsekwencji gry określani są jako hazardziści problemowi (problem gambling).

Istnieją grupy hazardzistów o wspólnych charakterystykach i właśnie ze względu na pewne grupy podobieństw rozróżnia się wśród nich tzw. hazardzistów ucieczki albo hazardzistów akcji. Na przykład osoby, u których można rozpoznać historię problemów w rodzinie, ograniczone zdolności radzenia sobie z problemami życiowymi czy też objawy zaburzeń nastroju mogą ulec magii hazardu jako ucieczki przed bólem egzystencjalnym. Atmosfera kasyna może ułatwiać im stan dysocjacji i znieczulania. To właśnie ich określa się jako hazardzistów ucieczki. Inne osoby, znużone życiem lub o słabej kontroli emocjonalnej mogą szukać w hazardzie elementów pobudzenia emocjonalnego. Dla nich gra może się stać walką o wszystko. Tę grupę określa się jako hazardzistów akcji. Obie charakterystyki, hazardziści ucieczki i akcji zależałyby od neurobiologicznych uwarunkowań mózgu, a w tym różnej aktywności układów serotonergicznego i dopaminergicznego. Jednakże wyniki ostatnich badań uwarunkowań uzależnienia od hazardu skierowały wielu badaczy do zwrócenia się do innego modelu, tzw. modelu różnych szlaków rozwoju.

**Model różnych szlaków rozwoju.** W 2002 roku, Blaszczynski określił grupy czynników prowadzących do powstania problemów w uprawianiu hazardu. Uwzględnił w nich czynniki związane z wpływem środowiska i czynniki psychobiologiczne. Wykorzystał na przykład badania wskazujące, że łatwość dostępu i akceptacja społeczna hazardu wpływają na zwiększenie występowania problemów i patologii w uprawianiu hazardu. Stwierdził też, że w takich samych warunkach środowiskowych różni ludzie mogą reagować na hazard z inną wrażliwością. W zależności od zgrupowania występowania pewnych czynników psycho-biologicznych rozróżnił trzy charakterystyki grup hazardzistów. Pierwszą grupę reprezentują osoby, które nie mają żadnych problemów ze zdrowiem psychicznym. W drugiej grupie są osoby, które mają zwiększoną wrażliwość na uzależnienie od hazardu z powodu występowania symptomów depresji i zaburzeń lękowych. W trzeciej grupie są

osoby, które oprócz zaburzeń nastroju mają zaburzenia kontroli doznań emocjonalnych włączając w to przypadki podwójnej diagnozy. Każda z tych trzech charakterystyk opisuje trzy różne szlaki rozwoju problemów z hazardem. Jest też grupa specjalistów, która uwzględnił dodatkowy szlak rozwoju: hazard jako zachowanie uwarunkowane. Do tej grupy należeliby hazardziści, którzy wychowali się w warunkach, w których hazard był zjawiskiem codziennym.

**Model konsumpcyjny.** Tak jak model różnych szlaków tłumaczy rozwój problemów z hazardem na poziomie jednostki, tak model konsumpcyjny tłumaczy wzrost problemów z hazardem w społeczeństwie, gdy dostęp do hazardu jest ułatwiony. Jednym z argumentów rzeczników wprowadzania nowych kasyn i ogólnie rozwoju hazardu jest przekonanie, że uzależnienie od hazardu jest sprawą indywidualną i że stan uzależnienia jednej osoby nie może być związany z liczbą kasyn w miejscu zamieszkania. Jednakże badania przypadków występowania problemów związanych z hazardem wskazują na to, że przekonanie takie jest fałszywe. Wykazano, że liczba zgłaszanych osób z problemami z hazardem wzrasta, gdy jest on łatwiej dostępny i spotyka się z większym przyzwoleniem społecznym.

Ocenia się, że po otwarciu kasyn w Cleveland, liczba osób z problemami z hazardem wzrosła dwukrotnie. Zgodnie z nową ustawą 2% z przychodu kasyn pójdzie na rozwój leczenia uzależnień od hazardu. Ten niski procent związany jest z faktem, że tylko mała część osób zależnych od hazardu szuka pomocy w leczeniu. Uzależnionych od hazardu trudno rozpoznać. Rodziny często bardzo późno poznają rozmiar strat finansowych. Wydaje się, że bardziej skuteczne byłoby zapobieganie uzależnieniom poprzez akcje edukacyjne, szczególnie wśród młodzieży. Ze względu na cechy rozwojowe takie jak słabo rozwinięte zdolności kontroli impulsów popędowych, problemy z hazardem występują wśród młodzieży dwukrotnie częściej niż u dorosłych.

Poza oczywistymi podobieństwami między uzależnieniami chemicznymi i uzależnieniem od hazardu istnieją też ciekawe różnice. Pierwszą jest trudność w rozpoznaniu problemu. Nie istnieje obiektywny test, jak badanie krwi czy moczu do określenia „wpadki”. Takim testem mógłby być na przykład stan konta w banku, ale źródeł finansowych hazardzisty może być wiele, w tym źródła nieformalne (pożyczka od przyjaciela) lub nielegalne (kradzież). Inną różnicą jest myślenie magiczne. System wierzeń hazardzisty może być imponujący: „wiem jak wygrać”, „teraz jest moja kolej na wygraną”. Osoba uzależniona od hazardu ma poczucie, że jest w stanie przewidzieć przyszłość, że ma kontrolę nad grą a może nawet więcej niż nad samą grą. Osoba uzależniona chemicznie ma ograniczenie: może przedawkować. W hazardzie nie ma ograniczeń. Może właśnie dlatego, że wszystkich znanych uzależnień, liczba prób samobójczych jest największa wśród hazardzistów: ponad 30% osób uzależnionych od hazardu miało próby samobójcze.

Leczenie uzależnienia od hazardu zawsze musi dotyczyć spraw finansowych. Największym wyzwalaczem (trigger) potrzeby gry są pieniądze. Również najgorszym skutkiem hazardu są problemy finansowe. Wszelkie metody ograniczania lub kontroli wydatków osoby uzależnionej są podstawą

warunków leczenia. Poza tym stosuje się podobne metody jak w innych uzależnieniach: terapia motywacyjna z uwzględnieniem gotowości do zmian w zachowaniu, terapia poznawcza i plan zapobiegania nawrotom. Leczenie uwzględnia też występujące wśród hazardzistów stany depresyjne i zaburzenia lękowe. One dyktują jakie środki farmakologiczne mogą być podawane. Często rozpoznaje się wśród hazardzistów aleksytymię – trudność w określaniu odczuć. Dlatego też w ramach terapii uzależnienia od hazardu stosuje się techniki rozpoznawania odczuć i kontroli stanów emocjonalnych.

Dzięki rozmowie z Anitą Pindiur zrozumiałem, że przygotowanie do leczenia osób uzależnionych od hazardu wymaga wyuczenia się pewnej wrażliwości na powszechnie występujące wyzwalacze pragnienia (potrzeby) gry. I tak z codziennego języka trzeba wykreślić takie stwierdzenia jak: „kości zostały rzucone”, „szanse są...”. Często w mowie potocznej odwołujemy się do numerów i liczb: „po pierwsze”, „druga w kolejności”, „trzy razy sztuka”, itp. wyrażenia mogą być wyzwalaczami. Tablica rejestracyjna samochodu, numery telefonów, każda liczba może być zagrożeniem. Ale wyzwalaczem może też być muzyka jaką się gra w kasynie, gwar i hałas kasyna a nawet bufet z darmowym obiadem. Terapeuta musi znać specyficzny język hazardzistów aby we właściwym momencie „usłyszeć” nadchodzące zagrożenie.

W leczeniu alkoholizmu i innych uzależnień od substancji psychoaktywnych największy nacisk kładzie się na całkowitą abstynencję. Uważa się, że raz utracona kontrola picia czy zażywania substancji uzależniających już nigdy nie powróci. Metoda redukcji szkód (harm reduction) stosowana jest głównie w stosunku do osób w grupie ryzyka albo w grupie osób, które mają słabą motywację do całkowitego zaprzestania używania substancji uzależniających. Okazuje się, że w przypadku osób uzależnionych od hazardu założenie redukcji szkód jako podstawa stosowanych programów terapeutycznych oraz pewne ograniczenia w sprawach finansowych mogą dać bardzo dobre wyniki.

Wymieniłem na początku osoby związane z programem leczniczym dla uzależnionych od hazardu stworzonym w Brecksville VA. Większość współczesnych programów odwykowych stosuje publikacje do indywidualnej pracy pacjenta (workbook). Najbardziej znanym skoroszytem jest praca Trimeridian, Inc. do której wkład miała Lori Rugle. Właśnie ten skoroszyt stosuje Anita Pindiur w swoim ośrodku w Chicago. Heather Chapman jest autorką innego skoroszytu stosowanego obecnie przez VA oraz oferowanego na szkoleniach ADAMHS.

*przedruk z: „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 4/2010, str. 17*